

Le devenir des rectocolites hémorragiques d'une clientèle hospitalière

A propos de 76 observations

TRAVAIL DU SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR

MARCEL GIRARD

HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Jacques BUFFAT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Interne des Hôpitaux Civils de Lyon

Né le 24 Octobre 1938, à VALENCE (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1963

Le devenir des rectocolites hémorragiques d'une clientèle hospitalière

A propos de 76 observations

TRAVAIL DU SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR

MARCEL GIRARD

HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Jacques BUFFAT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Interne des Hôpitaux Civils de Lyon

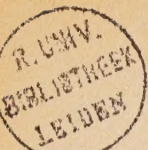
Né le 24 Octobre 1938, à VALENCE (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1963



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut. M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Doyen	M. J.-F. CIER.
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique traumatologique des membres	MM. CREYSSSEL.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrouth).	Clinique carcinologique	DARGENT.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.	Anatomie pathologique	GUICHARD.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Pathologie chirurgicale	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT.	Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY.	Radiologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique des maladies infectieuses	JEUNE.
Clinique gynécologique	POLLOSSON.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Bactériologie	MONNET.
Médecine du travail	BOURRET.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Physiologie B	CHATONNET.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Clinique endocrinologique.	GUINET.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT.
Clinique chirurgicale C	BERTRAND.	Clinique stomatologique	FREIDEL.
Chimie analytique pharmacéutique	BADINAND.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles	MARION Joseph.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Matière médicale et législation pharmaceutique	DORCHE.
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Histologie et embryologie.	DUMONT Louis.
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Chimie	PERROT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.	Physiologie A	CIER J.-F.
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	PERRIN J.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.	Clinique de chirurgie cardiaque	MICHAUD Pierre.
Clinique de pneumo-physiologie	BRUN.	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	X...
		Biologie médicale et pharmacodynamie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.
Chimie pharmaceutique	COLLET.
Clinique de pédiatrie	SARROUY.
Climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSEL Roger	Pathologie expérimentale	MM. JOUVET.
Hygiène	THIVOLET.	Médecine générale et thé-	
Parasitologie	GARIN.	rapeutique	LEJEUNE.
Electro-radiologie	PINET.	Stomatologie	de MOURGUES
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.		F.
Chimie analytique	de SOLLIERS.	Maladies infectieuses	NAUSSAC.
Médecine du travail	TOLOT.	Chirurgie générale	REBOUILLAT.
Médecine générale	DESPIERRES.	Pédiatrie	ROMAGNY.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Médecine générale	DELAHAYE J.P.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Anesthésiologie	DELEUZE R.
Physique biologique	PEYRIN.	Electroradiologie diagnostic	
Anatomie pathologique	TOMMASI.	et thérapeutique	GIRAUD M.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anesthésiologie	MICHEL.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Anatomie	MM. DUROUX.	Chimie analytique	MM. MALLEIN.
Thérapeutique	BRETTE.	Hygiène	RIFFAT.
Anatomie	BOUCHET.	Biologie médicale et phar-	
Hématologie	FAVRE-GILLY.	macodynamie	FAUCON.
Histologie et embryologie	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALIER-
			RAYNARD.

AGREGES EN EXERCICE

Obstétrique	MM. BIRTHIAULT.	Chirurgie générale	MM. SAUBIER.
Pédiatrie et puériculture	FRANÇOIS.	Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX.	Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Chirurgie générale	GUILLEMIN.	Electro-radiologie	CHASSARD.
Chirurgie générale	JAUBERT-	Orthopédie	FAYSSÉ.
	DE-BEAUJEU.	Oto-rhino-laryngologie	GAILLARD.
Chirurgie générale	MARION Pierre.	Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	PLAUCHU.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Médecine générale	PONT.	Pneumo-phthisiologie	KALB.
Chirurgie générale	SAUTOT.	Médecine générale	LARBRE.
Médecine générale	TRAEGER.	Chirurgie générale	MARET.
Médecine générale	VIGNON.	Médecine générale	MORNEX.
Ophtalmologie	BONAMOUR.	Médecine générale	NORMAND.
Médecine légale	COLIN.	Médecine générale	PERRIN André.
Dermatologie	COLOMB.	Pédiatrie et puériculture	BETHENOD.
Chirurgie générale	de MOURGUES	Stomatologie	DUMAS.
	Georges.	Médecine générale	FRIES.
Médecine générale	DEVIC.	Obstétrique	GARMIER.
Obstétrique	DUMONT	Médecine générale	LAMBERT.
	Martial.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Urologie	DURAND.	Médecine générale	NOEL.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	ROBERT.
		Orthopédie	SCHNEPP.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. M. GIRARD ; *Assesseurs* : MM. BERTRAND,
GONIN et GUILLEMIN.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance pour tant de
sacrifices consentis à mon intention.

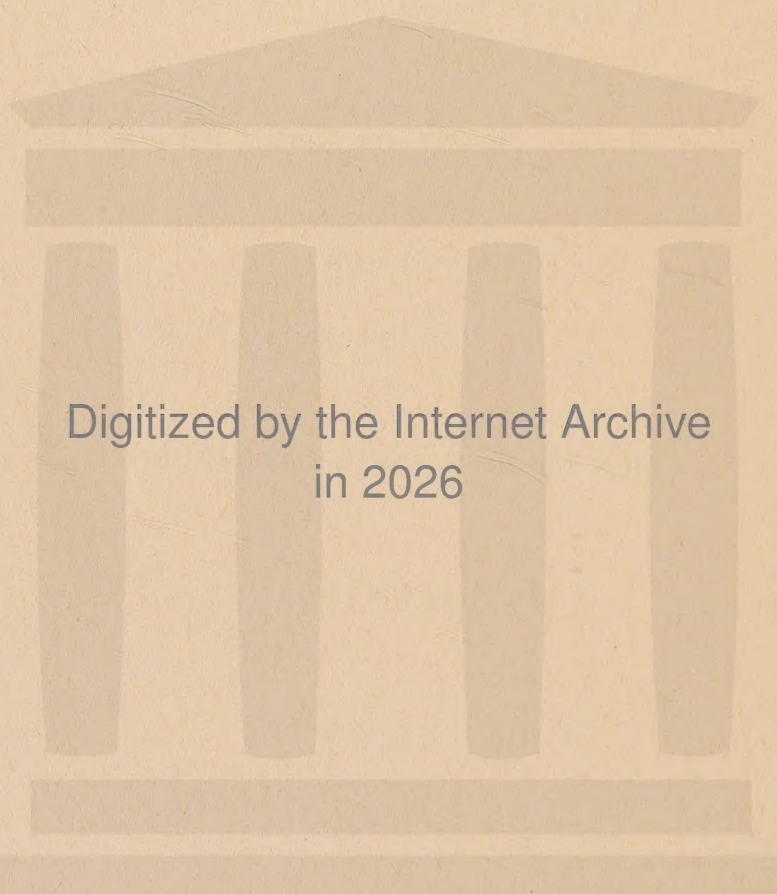
A MA FEMME

Dont l'aide m'a été si précieuse.

A MON FRERE, A MA PETITE SŒUR

A MA BELLE-FAMILLE

ET A TOUS LES MIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553208_0023

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL GIRARD

Nous lui devons ce sujet de Thèse.
Il nous a toujours accueilli avec une
bienveillance particulière.

Le semestre passé dans son Service
reste marqué d'une empreinte inef-
façable : nous y avons beaucoup ap-
pris.

Nous l'assurons de notre indéfec-
tible attachement et de notre profonde
admiration.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTRAND

Professeur de Clinique Chirurgicale

Nous savons le grand honneur qu'il nous fait en « descendant » de la Croix-Rousse pour juger notre travail.

Nous l'en remercions et le prions d'accepter nos hommages respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GONIN

Il a bien voulu accepter de juger ce travail éloigné de sa spécialité.

Nous ne savons comment lui témoigner notre gratitude pour tout ce que nous lui devons.

Nous sommes fiers de compter parmi ses élèves.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMIN

Nous avons eu le privilège d'être un de ses premiers externes.

Nous avons admiré sa parfaite technique opératoire, l'humanité de ses indications, son indulgence et son extrême sensibilité à notre égard.

A NOS MAÎTRES DURANT NOTRE EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SEDAILLIAN

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses

In Memoriam.

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. GUILLEMIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCHIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GIRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GONIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELAHAYE

A NOS MAÎTRES DURANT NOTRE INTERNAT PROVISOIRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CROIZAT

Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. REVOL

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPILLON

MONSIEUR LE DOCTEUR E. POMATEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GIRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR GALY

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABANON

Que nous remercions de leur aide.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL INSPECTEUR BORON

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL CAMELIN

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes

A MONSIEUR BAJA

*Professeur de Biologie de la Classe Préparatoire
aux Ecoles Nationales Vétérinaires du Lycée de Marseille*

ET A MONSIEUR LE DOCTEUR E. POMATEAU

Chef des Services Médicaux du Centre Léon-Bérard

Qui nous ont si profondément marqué.

A NOS CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT

BARTHE, CUILLERET, PLAUCHU

A NOS CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

A. FROMENT, BARTHE, MIKAELOFF, CHASSIGNOL.
FAIDUTTI

A TOUS NOS CAMARADES DE « VETO »

A NOS CAMARADES D'EXTERNAT ET DE L'ECOLE DE SANTÉ

PATRICK KRESSMANN, HENRI CHAPUY

PIERRE BOUVERY

Plus particulièrement.

INTRODUCTION

La littérature de la recto-colite hémorragique (R.C.H.) est particulièrement riche tant sur le plan de la description clinique, que sur celui de l'étiopathogénie ou de la thérapeutique, mais il n'y a pas à notre connaissance de publications nombreuses sur le devenir évolutif au long cours de cette affection. C'est ce qui fera l'objet de cette étude.

Nous nous proposons en effet de donner un aperçu de ce qu'a été l'évolution au long cours de 76 malades depuis leur hospitalisation, dans le Service de notre Maître, Monsieur le Professeur Marcel Girard, à l'Hôpital de la Croix-Rousse, tant sur le plan de la maladie, que sur celui de ses complications ou de l'angle social. Un certain nombre de ces dossiers appartient également, au Service de Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur Bertrand, qu'il s'agisse de malades opérés par ses soins sur indication « médicale », ou de malades ayant subi autrefois une thérapeutique chirurgicale et revus dans le Service de Médecine pour récurrence ou complication.

Nos méthodes ont été assez simples. Après avoir regroupé les 110 dossiers de R.C.H. hospitalisés dans le service, nous avons établi le questionnaire ci-contre, que nous avons adressé à un certain nombre de malades, les autres ayant été visités par nos soins.

(Barrer les mentions inutiles.)

1. — QUEL EST VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL ?

Bon — Moyen — Mauvais.

Quel est votre poids actuel ?

Avez-vous de la fièvre ? Si oui, combien ? Matin Soir

Combien de selles avez-vous par jour ?

Avez-vous encore du sang et des glaires dans vos matières ?

Quel traitement suiviez-vous ?

.....

2. — AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ DEPUIS VOTRE DERNIER SÉJOUR A L'HÔPITAL DE NOUVELLES PÉRIODES DE « DIARRHÉE » ?

Si OUI :

Combien ?

Nombre de selles par jour :

Avec du sang et des glaires ?

Avec de la fièvre et de l'amaigrissement ?

.....

A quelle occasion ?

Ennui dans la famille ou au travail :

Angine : Grippe : Autre maladie :

Après avoir mangé un certain aliment :

Lequel ?

Quel traitement avez-vous alors suivi ?

.....

Durée de chacune des crises :

Combien de temps avez-vous été tranquille entre vos crises ?

.....

3. — AVEZ-VOUS ÉTÉ OBLIGÉ DE VOUS FAIRE OPÉRER DE L'INTESTIN SANS QUE NOUS LE SACHIONS ?

Si OUI :

Quand ?

Où ?

Quelle opération ?

A quelle occasion ?

Comment allez-vous depuis ?

4. — DEPUIS VOTRE DERNIER SÉJOUR, AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ ?

Des phlébites :

Du rhumatisme : Où : Traitement suivi :

Comment ?

à l'épaule — au coude — poignet — genou — cheville ?

Des maladies de la peau ?

Rougeurs :

Eczéma

Urticaire :

Avez-vous consulté un spécialiste de la peau ?

De l'albumine dans vos urines ?

De la cystite : Des brûlures :

Des coliques néphrétiques :

Des pyélonéphrites :

Des maladies des yeux, lesquelles ?

Avez-vous consulté l'oculiste ?

Une autre maladie à nous signaler ?

Avez-vous constaté des maladies de ce type au cours de vos périodes de « diarrhée » ?

Avez-vous eu des grossesses depuis le début de votre maladie des intestins ?

L'ont-elles aggravée ? ou au contraire améliorée ?

Vos grossesses se sont-elles bien passées ?

L'accouchement aussi ?

Poids de naissance des enfants :

.....

.....

Quel est leur état de santé ?

.....

D'autres malades étaient régulièrement suivis en consultation dans le service et nous avons pu assez facilement nous faire une idée de leur mode évolutif.

D'autres enfin ont été suivis après leur hospitalisation, en clientèle par Monsieur le Professeur Girard et ses col-

laborateurs. Ils nous ont donné des indications précieuses sur l'état de leurs clients.

Nous devons d'emblée souligner les difficultés de cette étude. Ces difficultés tiennent à divers facteurs :

— difficultés matérielles d'abord de joindre tous les malades, ce qui nous a obligé à abandonner un pourcentage appréciable d'observations ;

— difficultés dans l'appréciation du début de la maladie, dans la comparaison de l'évolution longue des premiers hospitalisés et celle très courte des hospitalisés récents, où le manque de recul est manifeste ;

— difficultés dans la comparaison de cas cliniques très différents : R.C.H. graves, R.C.H. à minima, R.C.H. diffuses, R.C.H. segmentaires, de thérapeutiques très différentes : thérapeutique médicale ou chirurgicale avec toutes leurs modalités : corticothérapie, pyréthothérapie, psychothérapie, colectomie totale ou partielle, iléostomie simple de dérivation, etc...

Nous avons cependant classé nos dossiers en plusieurs types évolutifs, que nous allons développer :

- les états de guérison,
- les améliorations,
- les aggravations,
- la cancérisation,
- l'incidence de la grossesse éventuelle sur la maladie,
- les opérés.

Ce travail ne prétend pas à donner une statistique exacte sur la R.C.H., mais une impression d'ensemble sur l'évolution de nos malades.

CHAPITRE PREMIER

LES ETATS DE GUERISON

Nous avons choisi à dessein le terme « d'état de guérison » plutôt que le mot « guérison » du fait du caractère imprévisible de l'évolution de la R.C.H. et du fait de l'absence de recul, ce qui nous incite à une certaine prudence.

Nous avons retenu comme critère de l'état de guérison :

- l'absence habituelle de syndrome dysentérique, de sang et de glaires dans les selles ;
- l'absence de poussée évolutive depuis la dernière hospitalisation ;
- l'absence de séquelles fonctionnelles.

Douze de nos malades ont été classés sous cette rubrique : soit 15,7 %. Lindner, King et Bolt de l'Université du Michigan, dans une statistique portant sur 391 malades en 1961 et sur dix ans d'évolution, trouvent un pourcentage voisin de 43 %. Nous avons noté 4 hommes et 8 femmes, et la durée de l'état de guérison est résumée dans le tableau ci-dessous :

Durée de l'état de guérison en années	Nombre de malades
9	1
8	2
7	1
5	2
4	2
3	2
2	2

Or les formes présentées par ces malades étaient loin d'être toutes des formes à minima ou ambulatoires, sauf dans un cas où il s'agissait d'une simple hémorragie rectale de sang rouge avec spasme sigmoïdien diffus à la radiographie.

Un des malades présentait en effet une forme sévère, comme en témoigne son observation :

OBSERVATION N° 2561 *bis*

Monsieur Sar... Joseph.

Malade entré pour une poussée sévère de R.C.H. dont le début remonte à 20 ans en arrière avec syndrome dysentérique automnal annuel. Cliniquement glaires, sang dans les selles avec fièvre et anémie à 2.700.000 globules rouges. Les perfusions et les chocs au T.A.B. font passer le nombre de selles de 18 à 10 par jour, puis à 6 selles journalières.

Le malade sort après un mois et demi de traitement, amélioré surtout par la Salazopyrine.

Mais une nouvelle hospitalisation est rendue nécessaire, 5 mois après, du fait de l'aggravation de l'état local. Nouveau traitement.

L'amélioration se produit lentement. Le nombre de selles passe progressivement de 10 par jour à 2 selles moulées, avec absence de sang et de glaires.

Depuis 8 ans, le malade n'a représenté aucune poussée.

Deux de nos malades présentaient outre un état général très altéré, des manifestations cutanées :

OBSERVATION N° 5123

Madame Ber..., 46 ans.

Malade hospitalisée pour une poussée de R.C.H. sévère, la maladie évoluant depuis 8 ans. Le tableau clinique est sévère avec anémie, hypoprotéinémie, éruption érythémato-noueuse des membres supérieurs et des avant-bras. Amélioration en 10 jours par le traitement : sang, plasma, histaglobine, lavements à l'hydrocortisone.

La malade nous écrit 3 ans après « qu'elle a repris son poids, son appétit et son entrain habituels. Elle mange et boit ce qui

lui fait plaisir. Elle s'occupe de son ménage, de quatre personnes et de sa basse-cour, dit-elle.

Elle n'a vu aucun médecin depuis son hospitalisation, n'ayant, dit-elle, aucun motif de consultation ».

Cette gravité clinique se retrouve aussi à l'endoscopie : une de nos malades présentait une R.C.H. et purulente avec polypose inflammatoire très importante : sept ans après elle n'a refait aucune poussée évolutive.

Radiologiquement une de nos malades présentait une tendance à la microcolie généralisée avec absence complète des haustrations.

Une autre malade présentait un aspect typique étendu à tout le cadre colique qui apparaissait sous la forme d'un tube rigide.

Par contre deux malades de cette étude n'avaient pas de lésion radiologique évidente.

Mais l'avenir reste imprévisible, on a pu voir des malades faire de nouvelles poussées après 10 années de quiescence de leur R.C.H.

CHAPITRE II

LES AMELIORATIONS

Nous envisagerons sous ce titre les formes de la maladie qui conservent des poussées évolutives, éventuellement des séquelles à type d'incontinence en particulier. Mais ces formes, malgré leur gravité ou leur incidence sociale, ne font pas discuter l'éventualité d'une thérapeutique chirurgicale.

Nous avons pu classer dans cette catégorie, près de la moitié de nos malades (35 malades, soit 42 % environ de notre statistique totale), soit :

- 21 femmes
- et 14 hommes.

Certains de ces malades sont suivis depuis de longues années comme en témoigne le tableau suivant :

Durée de l'évolution en années	Nombre de malades suivis
13	2
11	1
10	4
8	1
7	3
6	2
5	5
4	8
3	4
2	2
1	3

Ce sont en somme les formes traitées médicalement et améliorées par le seul traitement médical, c'est-à-dire finalement les formes chroniques.

Les chiffres relevés dans la littérature sont très variables, ce qui semble lié à la difficulté d'appréciation de l'amélioration. Lindner, King et Bolt estiment qu'ils obtiennent 30,1 % d'amélioration. Crismer et Dreze l'estiment à 85 %.

La qualité de l'amélioration est en effet très variable et le plus souvent la maladie reste une infirmité du fait de l'évolution par poussées périodiques ou du fait des séquelles.

I. — Evolution par poussées périodiques

C'est la caractéristique même de la maladie, qui est presque toujours une maladie à recrudescence périodique, alternant avec des phases de rémission en général imprévisibles. 31 de nos malades ont une évolution de ce type (Drapier, 86 %), améliorée par le seul traitement médical.

Mais ces poussées sont très variables dans leur fréquence, leur longueur et leur intensité.

Comme Drapier nous avons noté :

- a) Des formes de type remittent caractérisées par des poussées fréquentes avec courtes rémissions (par exemple plus d'une poussée par an) chez 19 de nos malades (Drapier 56 %).**

5 de ces 19 malades sont améliorés médicalement mais sont à la limite de l'aggravation, les poussées restent fréquentes et graves et une solution chirurgicale sera peut-être un jour nécessaire, quand la thérapeutique médicale ne jugulera plus les poussées évolutives.

C'est en particulier le cas des deux observations ci-dessous :

OBSERVATION N° 6128

Madame Dum... Madeleine, 35 ans. Secrétaire

R.C.H. évoluant depuis 1954 sur un terrain très neurotonique de façon presque subcontinue.

La malade est hospitalisée pour la première fois en 1961 avec des lésions étendues sur les clichés jusqu'à l'angle droit du côlon.

L'intervalle entre les poussées ne dépassait pas jusque-là plus de trois mois et chaque poussée s'accompagnait de phénomènes divers : articulaires en 1957, pyodermite végétante du mollet gauche en fin 1957, ulcérations buccales et linguales en 1958, œdème de carence, furonculose.

Un traitement de 8 semaines comportant : Equanil, Ganimdan, Néomycine et surtout Majeptil associé à l'Artane améliore considérablement la malade qui quitte le Service.

Depuis, une seule poussée de janvier à mars 1962, à l'occasion d'une contrariété au travail. Poussée assez sévère avec amaigrissement de plus de 10 kgs ayant nécessité 7 petites transfusions de sang, lavement à l'hydrocortisone, salazopyrine, extraits placentaires et bismuth.

Néanmoins, la malade se dit beaucoup mieux et malgré cette poussée, elle prétend qu'elle n'a jamais été aussi bien depuis 1954.

Elle travaille à nouveau.

OBSERVATION N° 3771

Madame Ras..., Marthe, 36 ans. Secrétaire.

Jeune femme très neurotonique, présentant un ulcère bulbaire et surtout une R.C.H. pour laquelle elle est hospitalisée en 1956, puis en 1959, pour des poussées sévères avec eczéma prurigineux.

Forte poussée en 1960 avec douleurs abdominales, altération de l'état général à la limite d'une décision thérapeutique chirurgicale.

La malade est très améliorée par le Majeptil, qui lui a donné une accalmie de six mois. L'arrêt du traitement en août 1961 a entraîné une reprise évolutive de R.C.H., qui cède à la reprise du Majeptil.

Nous avons revu récemment cette malade, sa dernière poussée remonte à février 1963, son état général est excellent (poids 60 kgs) et elle se dit assez améliorée sur le plan de sa R.C.H. Elle aurait repris son travail, si elle ne conservait pas une grande incontinence anale très pénible.

Chez les douze autres malades, malgré les poussées, la maladie n'est qu'une petite infirmité et l'amélioration est certaine : en tout cas compatible avec une vie sociale et professionnelle normale.

OBSERVATION N° 5703

Madame Mag... Marylyse, 21 ans.

Jeune malade hospitalisée dans le Service en 1960 pour rectite congestive et hémorragique à l'occasion d'un conflit familial majeur.

Echec d'un traitement éméтинien d'épreuve. Nette amélioration des lésions sous l'influence de lavements à l'hydrocortisone, alternés avec des lavements sulfamidés.

Depuis, malgré la persistance de gros ennuis, les poussées s'atténuent et s'espacent. Elle n'a plus eu de sang dans ses selles depuis le début de l'année 1963. Persistance cependant d'un état « patraque » avec douleurs abdominales : manque une demi-journée de travail par mois en moyenne.

b) Des formes de type intermittent :

Avec des rémissions longues pouvant atteindre plusieurs années. Drapier estime à 22 % le pourcentage de malades rentrant dans cette catégorie. Nous en avons noté 16, soit 20 % environ. Ceci explique notre prudence et nos réserves devant les « états de guérison », réserve que nous avons déjà exprimée dans la première partie de ce travail.

c) **L'intensité des poussées est très variable et on ne peut tirer des cas que nous avons étudiés, de loi valable en ce sens.**

Par contre, il nous a paru intéressant d'étudier le mode de déclenchement des poussées évolutives.

- 11 malades avaient des crises déclenchées par des aliments (légumes, alcool, féculents, fruits, pain par exemple).
- 1 malade a vu se déclencher des poussées dans les suites opératoires d'une appendicectomie, puis d'une amygdalectomie.
- 3 malades ont fait des poussées dans les suites d'une grippe.
- Mais dans 8 cas la poussée a été déclenchée par un traumatisme affectif ou par des soucis familiaux ou professionnels.

Dans une statistique portant sur 70 malades, Brassinne et Ruyters dénombrent 6 cas dans lesquels on relève un facteur affectif net.

Jacobs et Elbaum trouvent un facteur émotionnel entraînant la rechute dans 1/5 des cas.

L'importance des facteurs psychiques dans la R.C.H. conduit donc à insister sur la personnalité du colitique grave « volontiers intelligent, narcissique, égocentrique, d'une passivité volontiers infantile, très dépendant de sa mère et immature sur le plan affectif et sexuel » (Duret).

Nous sommes persuadés de l'importance grandissante du psychisme dans le déclenchement et l'évolution de la R.C.H.

II. — Les séquelles

Les quatre autres malades de la rubrique « amélioration » ne présentent plus de poussées évolutives, respectivement depuis 8, 7, 3 et 1 an, mais ils sont handicapés par les troubles que l'on doit rattacher à la R.C.H.

- Un de ces malades par une fistule anale : sur 46 malades, Jacobs et Elbaum relèvent 7 fistules.
- Un autre pour une incontinence anale.
- Un troisième pour une dépression nerveuse.
- Le quatrième malade pour des accidents cutanés évoluant pour leur propre compte et dont l'observation a été rapportée par M. le Professeur Girard et ses collaborateurs en octobre 1963 (*Lyon Médical*).

OBSERVATION N° 5984

Madame Char... Jeanne, 56 ans.

Cette malade a été hospitalisée dans le Service en décembre 1960, pour des hémorragies intestinales pour lesquelles les examens paracliniques apportent la preuve d'une R.C.H.

Le Majeptil entraîne en 8 jours une normalisation des selles.

En 1957 et 1961, les troubles intestinaux se sont accompagnés de manifestations cutanées. Celles-ci, apparues isolément à Noël 1962, sont du « type pyoderma gangrenosum », leur apparition semble déclenchée par des stress affectifs et surtout leur évolution est favorable sous l'effet d'un traitement au Majeptil.

III. — Les médications utilisées

La thérapeutique médicale de la R.C.H. est maintenant bien connue, mais les résultats en sont très variables.

Nous ne rapporterons pas les résultats obtenus à la thérapeutique utilisée pour chaque malade. Ces derniers en

effet ont eu souvent des thérapeutiques multiples et souvent conjointes, parfois prescrites par leur médecin traitant et sur lesquelles nous n'avons eu que des renseignements fragmentaires. Si bien qu'il est souvent difficile de rapporter à l'une ou à l'autre de ces médications les succès ou les échecs observés.

Néanmoins les médications les plus souvent utilisées dans les R.C.H. sont les suivantes :

1° Les procédés de réanimation.

C'est-à-dire les transfusions sanguines destinées à corriger l'anémie et l'hypoprotidémie et les troubles hémorragiques. Elles auraient en outre un rôle sur le cours de la maladie et ont été une fois utilisées sous forme de petites transfusions de 250 g de sang répétées (Obs. N° 6128).

2° Les traitements symptomatiques locaux.

Pansements intestinaux à base de *Bismuth*.

Les lavements de solution à l'*Hydrocortisone* nous paraissent être la thérapeutique locale la plus efficace.

Par contre les pansements épithélisants à la Vitamine A sont très rarement utilisés.

3° Les médications anti-infectieuses.

Ont pour « chef de file » incontesté la *Salazopyrine*. Mme N. Swartz qui la première préconisa cette thérapeutique, obtiendrait 90 % de guérison.

Les auteurs français sont plus nuancés et considèrent que si la poussée de surinfection est le plus souvent jugulée, les rechutes sous traitement sont loin d'être aussi exceptionnelles, que la guérison complète de la R.C.H. ne peut jamais être obtenue et que la *Salazopyrine* n'a aucune action préventive sur les rechutes (Cattan).

Dupuy et Thiroloix semblent lui préférer la *Sulfaguanidine*, à la dose de 6 grammes par 24 heures.

Un certain nombre de nos malades ont reçu de la *Colimycine* ou de la *Néomycine*, voire de la *Streptomycine*, qui agissent généralement bien sur les proteus, paracoli, colibacilles pathogènes.

D'une manière générale, il semble que l'on doive être prudent dans l'utilisation des autres antibiotiques du fait de leur action sur la flore intestinale.

De toute façon, il est toujours utile de se guider sur les données de l'antibiogramme et des coprocultures.

4° Cortisone et A.C.T.H.

Sont très peu utilisés parmi nos malades, car notre Maître le Professeur M. Girard les réserve aux cas non infectés et aux formes de début.

Brassinne et Ruyters, sur 23 poussées traitées par les corticoïdes, obtiennent 60 % de bons résultats, 17 % de résultats moyens et 23 % d'échecs.

5° Le traitement par les chocs.

Nous a paru d'un gros intérêt : une de nos malades voit s'améliorer ses poussées dès le 2° choc au T.A.B., mais l'utilisation chez cette même malade d'une autre thérapeutique désensibilisante comme le *Lactoclase*, n'est d'aucun effet. Brassinne et Ruyters obtiennent 72 % de bons résultats par l'injection intra-veineuse de germes tués (propidon ou dmelcos).

6° La thérapeutique tissulaire.

Presque systématiquement prescrite à tous nos malades sous forme d'extraits de foie ou d'extraits placentaires, nous semble toujours utile.

7° Mais deux méthodes thérapeutiques nous paraissent capitales.

a) La psychothérapie :

Nous avons noté l'importance des facteurs psychiques à l'origine de la poussée de R.C.H., la fréquence de ce terrain si particulier fait d'hypersensibilité, d'anxiété, d'immaturité psycho-sexuelle, en conflit familial ou social. C'est dire l'importance d'une psychothérapie bien conduite et l'utilisation chaque fois que ce terrain peut être mis en évidence, ou chaque fois qu'un stress affectif a déclenché la poussée, du *Majeptil* en association à de l'*Artane*. Nous avons déjà vu dans les observations présentées, quelques succès de ce puissant neuroleptique, la reprise de la R.C.H. dès l'arrêt de ce traitement.

Nous avons aussi noté quelques échecs et un incident thérapeutique représenté par un syndrome parkinsonien du fait de la non-association de l'*Artane*. Syndrome parkinsonien d'ailleurs spontanément régressif à l'arrêt du traitement.

La prescription des sédatifs reste utile, quant à la cure de sommeil, un seul de nos malades semble en avoir bénéficié, sur les indications de son médecin traitant. Il s'en déclare satisfait.

b) La diététique :

La fréquence des facteurs alimentaires dans le déclenchement des poussées a justifié les nombreux travaux sur l'allergie digestive dans la R.C.H. (Lambling, Trémolières, Sarles). Une enquête allergologique doit systématiquement être faite devant toute R.C.H. et une diététique correcte réduira au minimum les aliments réputés allergènes.

La plupart des malades hospitalisés dans le service de M. le Professeur M. Girard, à condition que leur état le permette, subissent une enquête d'allergie digestive ; la

méthode utilisée est celle de Rinkel. Elle semble en effet la plus fidèle, la plus précise et la plus logique (Lambert).

— On étudie les symptômes qu'entraîne chez le malade la réintroduction isolée d'un aliment supprimé quatre à cinq jours de son régime. La réintroduction de l'aliment entraînant une réaction de sensibilisation suraiguë.

L'aliment à tester est donné une fois par jour et un jour sur deux, les deux semaines précédant le test, puis supprimé quatre jours, et réintroduit le cinquième. Le malade ne doit ni boire, ni fumer, ni se médicamenter pendant les 5 heures avant le test.

L'aliment est donné seul cru ou cuit, sans condiment et en quantité modérée.

8° Le traitement des complications.

Trois de nos malades ont été traités pour des phénomènes rhumatismaux, l'un par le *Cortancyl*, un autre par radiothérapie et un troisième par l'*Isothionaiodine*.

Mais presque la moitié des malades améliorés ont indiqué dans le questionnaire que nous leur avons envoyé, qu'ils souffraient de rhumatisme.

Nous avons déjà noté le rôle du *Majeptil* dans le traitement de complications cutanées.

Enfin nous n'avons pas noté dans l'avenir lointain de nos malades de lithiase urinaire. En effet récemment, Deren, Porush, Levit et Kihilnani ont montré que sur un groupe de 344 malades, ils observaient 3,2 % de lithiase urinaire survenant en moyenne 10 ans après l'apparition de la maladie digestive.

Nous avons bien observé une lithiase rénale, mais elle avait précédé les phénomènes digestifs.

Une autre de nos malades présente des hématuries récidivantes, mais aucune anomalie n'a pu être relevée sur ses urographies intra-veineuses.

CHAPITRE III

LES AGGRAVATIONS

Sept de nos malades se sont aggravés au fur et à mesure que leur R.C.H. évoluait, que ce soit sur le plan fonctionnel, général, radiographique ou sur celui des complications.

1. — Cinq d'entre eux parce que les poussées se rapprochent, réalisent de véritables formes sans rémissions, pour lesquelles on a tenté de proposer au malade une sanction chirurgicale.

Ce problème se pose actuellement pour un de nos malades hospitalisé dans le service, dont nous rapportons l'observation :

OBSERVATION N° 7160

Monsieur Deg..., Umberto, 23 ans. Peintre.

Ce jeune malade est connu depuis février 1961, date à laquelle il est hospitalisé pour une rectocolite hémorragique et purulente à la suite de petits conflits professionnels.

Confirmation endoscopique. Les radiographies du cadre colique montrent un processus diffus prédominant cependant à gauche, avec microcolie et microrectie. Le malade est mis au traitement : Pénicilline, Streptomycine, Extraits hépatiques et placentaires, Majeptil, Salazopyrine, Ganidan et Cortancyl.

Ce traitement semble être un échec et on parle déjà de sanction chirurgicale. Mais finalement on obtient en 6 mois une petite amélioration et on conserve finalement une orientation médicale au traitement.

On hésite à faire pratiquer chez ce jeune sujet une recto-coléctomie totale avec iléostomie définitive.

Le malade est revu en octobre 1962, les lésions restent inchangées, mais notre malade va assez bien sur le plan général et fonctionnel.

En mai 1963, le malade fait une nouvelle poussée de R.C.H. avec plus de 20 selles par jour et une altération évidente de l'état général. Sur les radiographies du cadre colique, le processus est localisé au sigmoïde et au côlon gauche, jusqu'à la moitié du côlon transverse. Sous l'action de quatre chocs et de la Salazopyrine, le malade s'améliore et on repousse encore l'indication opératoire.

En novembre 1963, le malade se fait de nouveau hospitaliser pour une poussée sévère de R.C.H. : 20 selles par jour, fléchissement de l'état général, perte de poids de 5 kgs en 2 ou 3 mois.

Il présente par ailleurs une ostéoarthropathie hypertrophiante de Pierre Marie. C'est un symptôme classique dans la R.C.H. liée pour Lévy à l'altération de la capacité globulaire à fixer de l'oxygène. Il semble bien cependant qu'un tel symptôme ne s'observe que dans des formes invétérées chroniques et c'est encore un des arguments qui pousse à la chirurgie.

Ainsi donc, ce jeune malade est fortement handicapé par une R.C.H. sévère. Il est incapable de travailler et il semble qu'une intervention chirurgicale s'impose.

Il est en effet probable que l'aggravation se poursuivra et que tôt ou tard un geste chirurgical s'imposera, dans des conditions beaucoup plus défavorables.

Actuellement en effet, la chirurgie de la R.C.H. semble évoluer. Autrefois ses indications étaient représentées par « les colites ulcéreuses avec complications graves, sténose importante, obstruction par masse tumorale, hémorragies graves, cancérisation. Par les formes aiguës graves d'emblée, avec fièvre, arthrite, glossite, éruptions cutanées, épreintes, ténésmes, atteintes du foie, anémie, déshydratation, troubles électrolytiques, baisse des protides totaux » (Gambini).

Actuellement, dans ces formes graves voire fulminantes, le traitement chirurgical conserve ses indications, bien

que grevé d'une forte mortalité, mais il vaut mieux s'y décider rapidement, que d'en laisser passer l'heure.

Aujourd'hui les indications de la chirurgie colique, se sont aussi étendues à ces formes pour lesquelles on a l'impression d'une aggravation, soit dans un but de prévention sur le plan vital, soit dans un but d'amélioration fonctionnelle, car certains malades ainsi opérés estiment que leur iléostomie (dans le cas où est pratiquée une rectocoléctomie totale), représente une infirmité moindre que celle réalisée par leur état antérieur.

P. Roux estime que c'est seulement dans 10 % des cas qu'une telle intervention s'impose. Mais l'indication reste très délicate à poser, les paramètres sont nombreux et complexes (âge, profession, situation de famille, etc...).

II. — Un seul de nos malades est mort de sa R.C.H. avant toutes possibilités chirurgicales, ce qui confirme encore le fait que les malades confiés autrefois au chirurgien étaient en très mauvais état.

OBSERVATION N° 4388

Monsieur Gi..., Henri, 56 ans.

Ce malade, qui aurait eu un frère atteint d'une affection semblable, avait été opéré en 1934, pour une hernie épigastrique, cholécystotomisé en 1935, puis cholécystectomisé en 1936. Il présentait une R.C.H. depuis mars 1953.

Une poussée en mars 1956, débutant par des petites hémorragies, puis s'aggravant progressivement, cette poussée s'accompagne bientôt de douleurs de la fosse iliaque droite et d'un épisode fébrile en août.

Le malade est hospitalisé le 11 septembre 1956, avec 6 selles quotidiennes, des douleurs abdominales, un amaigrissement de 18 kgs en 6 mois.

Toutes les thérapeutiques ont déjà été essayées sans succès (antibiotiques, sulfamides, Cortancyl, Dmelcos, Vitamines B et C, Phénergan, Largaetil, Dolosal, Emétine et lavements à l'Hydrocortisone).

A l'entrée, la température est à 39°, la V.S. à 68 % et l'ané-

mie intense à 2.930.000 globules rouges. Le rapport sérines/globulines est inversé à 0,92.

Le malade est décédé rapidement avant toutes possibilités chirurgicales, malgré le traitement mis en œuvre (transfusions de sang, plasma, Néomycine et sérum de Bogomoletz).

III. — Une de nos malades enfin semble s'être améliorée sur le plan digestif, mais au détriment de son état mental.

Son entourage nous signale que depuis son hospitalisation, elle a fait deux séjours, l'un de trois mois, l'autre de six mois en milieu psychiatrique.

Il semble intéressant de rapprocher ces faits de l'observation de Daniel, qui rapporte un cas de suicide après amélioration de l'état intestinal.

IV. — Enfin, il nous semble intéressant de noter dans ce chapitre les décès dus à des affections autres que la R.C.H.

— *Un décès après intervention pour un adénome prostatique*, l'amélioration de la R.C.H. s'étant accompagnée au contraire de la décompensation de troubles prostatiques, jusque-là latents (malade âgé de 61 ans).

— *Un décès par collapsus aigu et inexpliqué* chez une femme de 59 ans présentant une R.C.H. segmentaire.

— *Un décès par oblitération artérielle chronique* des membres inférieurs chez une femme de 56 ans.

— *Deux décès de cause non précisée*, dont l'un chez un sujet diabétique et pléthorique présentant une forme mineure de R.C.H.

On peut rapprocher de ces faits une statistique de

Lindner, King et Bolt portant sur 391 cas dans lesquels on note 61 décès :

- 42 malades sont morts de leur R.C.H. (68,9 %) ;
- 14 malades ont une cause de mort en rapport indirect avec leur R.C.H. (22,9 %) ;
- 5 sujets sont morts dans des circonstances difficiles à rattacher à leur R.C.H.

Parmi les autres décès dus à des affections autres que la R.C.H., notons dans cette statistique américaine la forte proportion d'affections coronariennes (4 pour 1).

CHAPITRE IV

LA CANCERISATION

Le problème de la cancérisation de la colite ulcéreuse semble hanter les auteurs anglo-saxons. Lindner, King et Bolt, de l'Université de Michigan, ont étudié le devenir de leur clientèle hospitalière presque uniquement semblait-il dans le but de rechercher la fréquence du cancer greffé sur R.C.H.

Les auteurs français ne semblaient pas jusqu'à présent s'intéresser particulièrement à ce fait.

Pourtant lorsque notre Maître M. le Professeur M. Girard, M. le Professeur Bertrand et leurs collaborateurs ont présenté en 1962 à la Société Nationale de Gastro-Entérologie, deux observations de cancer greffé sur R.C.H., une importante discussion a suivi leur communication et chacun de leur interlocuteur a exposé des cas semblables.

Parmi ces deux observations présentées, se trouve un des malades de la clientèle hospitalière, que nous avons suivi. Nous avons donc observé un seul cancer sur colite ulcéreuse, soit 1,3 %.

OBSERVATION N° 7398

Monsieur D... Henri, 57 ans. Origine polonaise. Commerçant.

On ne retrouve pas d'antécédents héréditaires particuliers.

Personnellement, le malade a présenté :

- un ictère à 18 ans avec, par la suite, un peu d'intolérance aux aliments gras ;

- des hémorroïdes sclérosées en 1930 ;
- depuis 1940, une diarrhée intermittente avec deux selles par jour en moyenne, jamais moulées, traduisant probablement le début de la R.C.H. ;
- en mai 1960, un nouvel ictère avec fièvre, qui dure trois semaines et nécessite un traitement au Décadron.

L'affection actuelle débute brusquement en mars 1961 par des douleurs de la fosse iliaque gauche accompagnées de fièvre et de 2 ou 3 selles par jour, non moulées, mais sans autre anomalie.

Le malade, hospitalisé à Saint-Claude, est mis sans succès aux antibiotiques. Il perd 15 kgs en un mois.

L'analyse des selles montre du pus en grande quantité et les coprocultures donnent lieu au développement de staphylocoque doré.

Le lavement baryté aurait été normal.

La rectoscopie met en évidence un papillome à large base, mais la muqueuse est normale.

Les séro-diagnostics sont négatifs.

On admet alors qu'il s'agit d'une entéro-colite à staphylocoques et le traitement, fait de Chloromycétine, de Salazopyrine, puis de Prednisone, amène une sédation, mais il est assez mal supporté.

Rentré chez lui le 26 mai, le sujet fait presque aussitôt un nouvel épisode diarrhéique fébrile, qui ne le fait entrer dans le Service de notre Maître, que le 4 septembre 1961.

A ce moment le malade est très amaigri, la température est autour de 39°, la V.S. à 60 %. Le masque est celui d'un grand infecté.

Les selles sont au nombre d'une quinzaine par jour.

L'examen somatique ne révèle qu'une petite hypertrophie hépatique.

Le ionogramme montre une baisse de l'hématocrite et des protéines avec une petite élévation du taux de l'urée (0,60).

Le nombre des globules rouges est de 3.520.000, avec une nette polynucléose sanguine (86 %). Les tests hépatiques sont normaux. Enfin, les protéines totales sont à 55 % et le rapport S/G à 0,96.

Le lavement baryté montre :

- un aspect diffusément inflammatoire du côlon évoquant la R.C.H. ;

— au niveau du sigmoïde, une image de rétrécissement évoquant le néoplasme.

A la rectoscopie, il existe vers la jonction recto-sigmoïdienne une formation polypoïde volumineuse, qui est biopsiée et dont l'aspect évoque une tumeur villeuse ou polype adénomateux. Par ailleurs, la muqueuse rectale est le siège de lésions très en faveur d'une R.C.H. avec exsudations de pus, mais pas d'hémorragie.

En définitive, on se trouvait en présence de l'association d'un polype du haut rectum, d'une R.C.H. évoluant depuis des années et d'un rétrécissement sigmoïdien d'origine néoplasique probable.

— La biopsie montre que la tumeur visible au rectoscope était un polype glandulaire simple.

L'intervention est décidée.

Intervention le 19 septembre 1961 :

— Paramédiane gauche. Accolement des anses grêles entre elles au sigmoïde et à la paroi antérieure. Lors de la libération, une anse grêle déchirée devra être réséquée.

Rétablissement de la continuité grêle-grêle par anastomose bout à bout.

Aspect de R.C.H. avec cancer du sigmoïde.

On pratique une colectomie totale descendant bas sur le rectum, emmenant 10 cm au-dessous du cancer une masse molle, correspondant au polype vu à la rectoscopie.

A noter un abcès rétro-cæcal.

Pas de péritonisation. Deux drains lombaires.

Suture du bout inférieur du rectum et exclusion du pelvis par deux mèches et un drain.

Iléostomie terminale dans la fosse iliaque droite.

Examen de la pièce :

Macroscopiquement :

— Lésions typiques de R.C.H. diffuses, mais respectant relativement le cæcum.

Gros cancer encéphaloïde du sigmoïde.

10 cm plus bas, masse confluyente de polypes.

Microscopiquement :

a) Fragment du côlon transverse : large ulcération de la

muqueuse avec tissu de granulation très vascularisée pénétrant la musculieuse.

Aspect typique de R.C.H.

b) Fragment de néoplasme du sigmoïde : épithélioma colloïde typique.

c) Fragment de polypes rectaux : prolifération épithéliale de type papillaire. Les anomalies cellulaires et architecturales sont en faveur de la malignité.

Suites opératoires : au 3^e jour, décès dans un collapsus cardio-vasculaire.

Dans un article paru dans la *Semaine des Hôpitaux*, MM. les Professeurs M. Girard et Bertrand dégagent à propos de cette observation les caractères généraux de la greffe cancéreuse sur la R.C.H.

I. — Le caractère relativement exceptionnel en France de cette cancérisation :

1 % pour Hillmand et coll.

1 cas sur 450 pour Rachet et Busson.

0,5 à 0,75 % pour Dupuy et Thiroloix.

Brassinne et Ruyters, sur 32 cas de R.C.H. suivis depuis plus de 10 ans, n'ont pas observé de R.C.H. cancérisées. Ces faits semblent liés à la rareté relative des colites ulcéreuses en France et en Europe jusqu'à ces dernières années. En réalité, tous les cas ne sont pas publiés et le caractère exceptionnel de cette rareté n'est qu'apparent.

II. — La fréquence relative dans les pays anglo-saxons :

Encore que les statistiques varient fortement selon les auteurs.

Felsen et Wolarsky : 0 cas sur 850 cas de R.C.H.

Goldgraber, Humphreys, Kirsner et Palmer relèvent dans la littérature un chiffre variant entre 0,59 et 14,2 %.

Bargen et Gage, sur 7.000 cas de R.C.H. observés à la Mayo Clinic de 1913 à 1958, dénombrent 178 cas de cancers

coliques associés à une R.C.H., soit 2,5 %. A propos de cette statistique, Brassinne et Ruyters font justement observer que sur 1.000 malades de leur service, soumis à un examen radiologique du côlon, 30 étaient atteints de cancer du côlon ou du rectum, soit un chiffre voisin de celui de Bargen et Gage (3 %).

Il semble donc que si le risque de dégénérescence existe, il n'est pas considérable sur une statistique globale de R.C.H.

D'ailleurs Lindner, King et Bolt, sur 386 malades atteints de R.C.H., dénombrent 8 cas de cancer associé, soit 2,1 %, ce qui nous semble un pourcentage raisonnable.

III. — La fréquence du risque de cancérisation dans les formes très anciennes de R.C.H. :

Dans l'observation que nous avons rapportée, la R.C.H. évoluait depuis environ 20 ans ; et d'une manière générale, plus une R.C.H. a évolué longtemps, plus elle risque de se cancériser :

Counsell et Dukes, sur 63 colectomisés pour R.C.H. datant de moins de 10 ans : 2 cas de greffe cancéreuse, soit 3,8 %, furent notés. Mais sur 12 patients dont l'histoire clinique remontait à plus de 10 ans, 5 malades, soit 45,5 %, ont présenté un cancer.

Lahey estime que le risque de cancérisation est de 30 %, chez les porteurs de R.C.H. depuis plus de 10 ans.

Bacon estime ce pourcentage à 28,2 %.

Bargen et Gage montrent que sur 178 cas de R.C.H. dégénérée, 144, soit 71,2 %, évoluaient depuis plus de 10 ans.

Lindner, King et Bolt, sur 8 cas de R.C.H. cancérisée, observent 7 cas dont la R.C.H. évoluait depuis plus de 10 ans. La moyenne d'évolution de la R.C.H. étant de 15,1 ans.

IV. — Par ailleurs :

Plus le sujet atteint de R.C.H. est jeune, plus le risque de voir se développer le cancer est grand. Lindner, King et Bolt indiquent une moyenne d'âge de 38,2 ans.

V. — Rappelons enfin :

Le rôle de la pseudo-polypose, qui a été très discuté et qui, sans être l'intermédiaire obligatoire et exclusif entre R.C.H. et cancer, est cependant un facteur nettement favorable.

Que le cancer peut se localiser en tout point du côlon ou du rectum.

Que le diagnostic est difficile, les signes du cancer étant noyés dans ceux de la colite ulcéreuse.

Que le pronostic en est sombre.

Que le traitement :

- prophylactique : est la surveillance régulière tous les six mois des R.C.H. évoluant depuis plus de 5 ans ;
- curatif : est la pancoloprotectomie avec iléostomie définitive.

CHAPITRE V

INCIDENCES EVENTUELLES DE LA GROSSESSE SUR LA MALADIE

Les malades que nous avons examinées nous ont fréquemment demandé conseil, quant à l'éventualité d'une grossesse.

Faut-il ou non leur déconseiller d'avoir des enfants ? Quelle est l'influence de la grossesse sur l'évolution au long cours de la R.C.H. ?

— *Quatre des malades* suivies dans notre statistique ont présenté une grossesse au cours de l'évolution de la maladie.

— *Deux malades* nous ont répondu qu'elles n'avaient été, ni aggravées, ni améliorées au cours de leur grossesse. L'accouchement s'est bien passé, l'une d'un enfant de 3,650 kgs, l'autre d'un enfant de 3 kgs, dont l'état de santé est parfait.

Pourtant, ces deux malades présentent encore des poussées de R.C.H. et l'une en particulier a fait deux séjours à l'hôpital psychiatrique depuis sa dernière hospitalisation pour R.C.H. qui remonte à 8 ans.

— *Une malade* nous a répondu qu'elle avait eu une « mauvaise grossesse », mais un « bon accouchement », d'un enfant de 2 kgs.

Comme cette malade présente depuis 1959 une R.C.H. diffuse avec participation de la dernière anse iléale, avec des poussées assez fréquentes, on peut penser, que sous le

« terme de mauvaise grossesse » la malade a englobé des poussées plus fréquentes de R.C.H.

— Enfin *une de nos malades* nous paraît intéressante, car elle nous a dit avoir été très améliorée par sa grossesse.

OBSERVATION N° 2118

Madame Pri... Irène, 45 ans.

Cette malade est hospitalisée en 1953 pour une poussée légère de R.C.H. sur terrain neurovégétatif.

Les altérations sont discrètes, à la rectoscopie. Le traitement par perfusions, sulfamides intestinaux, Vitamine B1, extraits hépatiques, puis chocs, entraînent en deux mois une amélioration importante.

Depuis chaque année, aux mois de février-mars, la malade fait une poussée importante.

En 1957 cette malade, qui avait déjà une fille, tombe enceinte et durant toute la durée de sa grossesse et celle de l'allaitement, elle n'a présenté aucune poussée de R.C.H. ; c'est seulement au moment du sevrage, qu'elle a présenté une nouvelle poussée.

Cette observation est à rapprocher d'une observation rapportée par Béranger dans sa thèse récente (inspirée par M. le Professeur Agrégé Dumont) et à l'occasion de laquelle ont été décrits les rapports existant entre R.C.H. et grossesse.

Pour Béranger, l'évolution d'une première poussée de R.C.H. au cours d'une grossesse est toujours très sévère.

— L'évolution d'une première poussée de R.C.H. survenant dans le post partum est grave.

— Une R.C.H. antérieure à la grossesse et active au moment de celle-ci est presque constamment exacerbée, très exceptionnellement améliorée par la gravidité (c'est le cas de l'observation que nous avons rapportée).

— Pour une R.C.H. en rémission complète, depuis longtemps, la grossesse ne constitue pas un risque évident de rechute.

— Par contre, une R.C.H. seulement stabilisée peut rechuter lors de la gestation dans 35 à 50 % des cas, surtout au cours du premier trimestre.

— La pathogénie des améliorations et des aggravations reste obscure, l'explication psychosomatique est insuffisante, dit Béranger ; pourtant, dans l'observation que nous avons rapportée elle semble bien en cause : R.C.H. sur terrain neuro-végétatif (malade déportée pendant la guerre, grossesse redoutée à cause de la maladie, mais dans le fond particulièrement désirée).

— Dans tous les cas, la R.C.H. ne semble gêner en rien le cours normal de la grossesse et de l'accouchement, ce que nous avons pu constater dans nos quatre observations.

CHAPITRE VI

LES MALADES OPERES

En définitive, 16 malades ont été opérés, soit 21 %. Les types cliniques, les types d'intervention et les résultats sont résumés dans le tableau ci-contre. Ce tableau est en partie tiré du travail de Jacques Cibert, dont la thèse portait sur les malades opérés dans le Service de M. le Professeur Bertrand et comprenait un certain nombre de sujets de notre statistique.

Les méthodes de traitement chirurgical sont donc celles utilisées dans le Service de M. le Professeur Bertrand, que Jacques Cibert a rapportées dans sa thèse :

— non pas les cœcostomies et les iléostomies isolées, aujourd'hui abandonnées ;

— mais la colectomie totale d'exérèse ou la coloproctectomie totale ;

— L'iléostomie terminant habituellement cette opération d'exérèse et pratiquée suivant la technique de Brooke et Turnbull.

— Les techniques de rétablissement de la continuité étant représentées :

a) soit par l'anastomose iléo-anale, dont les résultats fonctionnels sont souvent mauvais ;

b) soit par l'anastomose iléo-sigmoïdienne, limitée par la présence souvent maximum de lésions sigmoïdo-rectales ;

c) soit par les anastomoses iléo-rectales en deux temps, mises au point par M. le Professeur P. Bertrand et utilisées pour certains malades récents.

Cette méthode est une modalité de la technique de l'anastomose iléo-rectale et elle est destinée à améliorer le pronostic de ce type d'intervention.

Le principe de la méthode consiste, après avoir réséqué le côlon, à utiliser un segment d'iléon terminal conservant son mésentère et à l'anastomoser immédiatement au rectum conservé. L'extrémité supérieure de ce greffon iléal est abouché temporairement à la peau à côté de l'iléostomie terminale sus-jacente.

Le temps secondaire de rétablissement de la continuité grêle se fait par anastomose iléo-iléale.

Pour Jacques Cibert, cette méthode a deux avantages :

- sa relative facilité ;
- sa sécurité, l'anastomose iléo-iléale étant peu exposée à une déhiscence.

Et une seule réserve peut être faite sur l'emploi de cette méthode : quand les lésions rectales sont très importantes.

I. — Les décès :

Ils sont au nombre de 6 dans les suites opératoires, soit un peu moins de la moitié des malades opérés.

Deux constatations s'imposent :

— Cinq de ces décès ont été observés avant 1961 où la technique n'était pas encore parfaitement mise au point et où les malades étaient dans un état beaucoup plus sévère qu'aujourd'hui. Depuis 1961, sur sept malades opérés, on ne note qu'un décès.

Les malades présentaient tous des formes graves de la maladie, ce qui explique notre première remarque. Comme nous l'avons dit dans un chapitre précédent, les

indications de la R.C.H. ont considérablement évolué, ces dernières années. On tend à réaliser l'intervention avant ce stade où la rectocoléctomie totale reste la seule ressource au prix d'une très lourde mortalité.

OBSERVATION N° 2

(Se reporter au tableau.)

R.C.H. rebelle au traitement médical, diffuse sur l'ensemble du côlon avec pseudo-polype de la région sigmoïdienne. Altération profonde de l'état général (fièvre à 38°, V.S. à 60 %, anémie à 3 millions de globules rouges, leucocytose à 12.000 globules blancs avec polynucléose).

OBSERVATION N° 4

R.C.H. purulente avec état général gravissime, anémie, signes rectoscopiques et radiologiques importants, troubles du protéinogramme et de l'hématocrite.

OBSERVATION N° 5

R.C.H. ulcéreuse avec complications suppurées anales et rectales.

Evolution cachectisante chez un sujet éthylique.

OBSERVATION N° 6

R.C.H. purulente évoluant depuis 10 mois, état général grave, douleurs abdominales anormales et brutales, qui font soupçonner une perforation.

OBSERVATION N° 7

R.C.H. évoluant par poussées rapprochées depuis 1957.

En 1960, nouvelle poussée, mauvais état général, suspicion de cancer de l'angle colique gauche (non trouvé histologiquement).

Année	Observations	Clinique	Interventions	Résultats	
				Décédés	Vivants
1956	N° 1 H	Chronique Diagnostic erroné de cancer	Amputation abdomino- périnéale Colectomie totale + iléostomie		+
1956	N° 2 4079 H	Aiguë	Colectomie totale + iléostomie Proctectomie	Fistule du grêle	
1956	N° 3 3754 F	Aiguë	Colectomie totale + iléostomie	Cancer de l'ovaire 6 ans après	
1956	N° 4 3825 F	Aiguë	Colectomie totale + iléostomie	Péritonite	
1960	N° 5 2020 H	Chronique	Colectomie totale + iléostomie	+	
1960	N° 6 6482 H	Aiguë	Caecostomie	+	
1960	N° 7 5066 H	Chronique	Exclusion unilatérale	Péritonite	
1960	N° 8 4406 F	Segmentaire	Abdomino-transanale		+

1960	N° 9 6871 H	Aiguë	Colectomie totale + greffon iléal + iléostomie Rétablissement de la continuité			+	
1961	N° 10 6995 H	Subaiguë	Colectomie totale + greffon + rétablissement secondaire			+	
1961	N° 11 6871 H	Segmentaire puis totale	Hémi-colectomie gauche Hémi-colectomie droite + iléostomie	Fistule entéro-cutanée			
1961	N° 12 6107 F	Subaiguë	Colectomie droite + iléostomie			+	
1962	N° 13 7962 H	Aiguë	Colectomie totale + greffon + iléostomie			+	
1962	N° 14 6861 F	Chronique	Colectomie totale + greffon + iléostomie Rétablissement de la continuité			+	
1963	N° 15 6790 F	R.C.H. supprimée et ancienne	Colectomie totale Anastomose termino- terminale			+	
1963	N° 16 8526 H	Chronique avec état général compromis	Colectomie totale			+	

II. — L'évolution des autres opérés est très satisfaisante :

Le malade de l'*observation* N° 1 a été revu 9 ans après son intervention. Il a repris son travail, mais son état général reste médiocre, le fonctionnement de son iléostomie est correct.

La malade de l'*observation* N° 3 allait bien depuis son intervention pratiquée en 1957 et elle décède en juillet 1962 d'un cancer de l'ovaire.

La malade de l'*observation* N° 8, opérée en novembre 1960 (abdomino-trans-anale), a été revue en août 1961 pour une sub-occlusion due à un rétrécissement au niveau de l'anastomose, que l'on dilate aux bougies.

La malade est revue en septembre 1962 avec un état général moyen, ne travaillant pas, se plaignant de faux besoins et d'incontinence sphinctérienne.

Le malade de l'*observation* N° 9 a été revu en septembre 1962, soit deux ans après son intervention ; son état général est bon, son fonctionnement intestinal est normal. Il va reprendre son travail.

Le malade de l'*observation* N° 10 est revu le 11 septembre 1962, avec un état général très satisfaisant, qui lui a permis de reprendre son travail à mi-temps. Il reste gêné cependant par 6 selles par jour.

La malade de l'*observation* N° 12 nous écrit : elle pèse actuellement 55,500 kgs, son état général est bon. Pas d'écoulement rectal, elle est bien adaptée à l'iléostomie.

Le malade de l'*observation* N° 13 nous dit « aller aussi bien que possible ». Son poids est de 58 kgs, mais il garde 5 selles par jour avec parfois un peu de sang et des glaires.

La malade de l'*observation* N° 14 vient récemment d'être hospitalisée dans le Service de M. le Professeur M. Girard, car elle conserve depuis le rétablissement de

la continuité des excoriations de la marge de l'anus et 15 à 20 selles par jour. L'absence d'extension radiologique, la conservation de l'état général conduisent au diagnostic d'anite banale chez une grande anxieuse obsédée de l'anus.

Quant aux deux dernières observations, notre recul est insuffisant pour juger de leur évolution.

Le traitement chirurgical actuel de la R.C.H. semble donc bien être la colectomie avec anastomose iléo-rectale en deux temps. Ces résultats, obtenus dans le Service de M. le Professeur P. Bertrand, concordent tout à fait avec ceux rapportés par Mialaret. Celui-ci a rapporté 14 observations de colectomie totale suivies de rétablissement de la continuité par anastomose iléo-rectale : 7 observations font état d'anastomose iléo-rectale immédiate et, 7 autres d'anastomose secondaire. Sur les 7 cas de rétablissement secondaire de la continuité, Mialaret obtient 5 succès. Par contre, cet auteur insiste sur le fait que le rétablissement immédiat de la continuité, si il évite la situation pénible de l'iléostomie, n'en comporte pas moins des risques.

III. — L'avenir du rectum laissé en place :

Mais les anastomoses iléo-rectales laissent en place le rectum, qui est souvent le siège de lésions très importantes.

Ce problème de la conservation du rectum est donc capital :

— Il n'y a pas en principe de discussion si le rectum est le siège de lésions minimales. J.-Cl. Patel rapporte 2 observations de Mialaret dans lesquelles le rectum était sain et dont la guérison fut obtenue simplement et rapidement par une colectomie suivie secondairement d'anastomose iléo-rectale. Mais dans ce cas cependant, Mialaret a observé une récurrence rectale aiguë (avec décès) chez une malade où l'anastomose iléo-rectale avait pourtant été pratiquée

sur un rectum sain. Roux rapporte une observation un peu semblable de localisation secondaire de la R.C.H. au rectum après colectomie pour une forme localisée de la maladie. Cet auteur, par contre, estime que ces localisations secondaires sont bénignes du fait de l'obligatoire limitation de l'étendue des lésions.

— Par contre, le devenir du rectum, lorsqu'il est le siège de lésions moyennes ou à plus forte raison importantes est difficile à préciser. Les cas observés dans cette étude sont trop rares et trop récents pour que nous puissions donner une réponse à cette question. Assistera-t-on à une cicatrisation des lésions ? Un cancer pourrait-il se greffer sur les lésions rectales ?

— M. le Professeur Bertrand avec le Docteur Chabanon se proposent de préciser ce point de l'évolution des R.C.H. opérées. Ils nous ont dit leur impression actuelle : les lésions rectales semblent persister après l'intervention et ne semblent pas s'améliorer au cours des différents examens rectoscopiques pratiqués ultérieurement.

Un seul malade semble avoir légèrement amélioré les altérations de son rectum. Il s'agit d'un malade (observation N° 10), mais il faut souligner que les lésions au départ étaient importantes.

Par contre, Mialaret rapporte deux observations de R.C.H. opérées dans lesquelles le rectum, qui était altéré, est redevenu normal.

J.-Cl. Patel cite encore Wangenstein : cet auteur aurait observé deux cancers développés sur rectum restant et 25 résultats parfaits avec régression des lésions rectales (recul de 10 à 20 ans). Par contre, ce même auteur observe 11 résultats moyens et 12 résultats franchement mauvais, qu'il attribue à des lésions rectales très importantes au moment de l'intervention.

Au moyen de ces deux statistiques récentes de Mialaret

et de Wangensteen, on peut donc insister sur la possibilité qui est actuellement offerte de réaliser une anastomose iléo-rectale dans la recto-colite hémorragique, à condition que le rectum soit peu altéré au moment de l'intervention.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié l'évolution au long cours des R.C.H. dans un Service hospitalier.

Nous avons recherché les 110 malades hospitalisés depuis 1949 dans ce Service. Nous avons pu préciser le devenir de 76 malades.

La R.C.H. est une maladie déroutante dont la pathogénie est mal connue, dont l'évolution est imprévisible, et qui paraît en nette augmentation puisque sur 110 R.C.H., nous en avons observé 42 cas ces trois dernières années.

— Nous avons considéré comme en « état de guérison » 12 malades de notre statistique, soit 15,7 %. Mais l'avenir est incertain et les récurrences de R.C.H. peuvent s'observer de nombreuses années après.

— 35 malades, soit 42 %, nous ont paru améliorés par le traitement médical. Celui-ci leur permettant de supporter les poussées évolutives de l'affection, sans recours à la thérapeutique chirurgicale.

Les poussées de R.C.H. observent le type rémittent pour 19 malades, qui sont plus stabilisés, que véritablement améliorés. Les formes de type intermittent sont observées dans 16 cas.

Nous avons noté la fréquence parmi les facteurs déclenchants : des traumatismes affectifs psychiques et de certains aliments.

Les thérapeutiques le plus fréquemment utilisées pour nos malades sont : les lavements à l'Hydrocortisone, les transfusions de sang, la Salazopyrine. Les corticoïdes sont réservés aux cas récents et sans surinfection. La psychothérapie et les neuroleptiques (Majeptil) nous ont donné de beaux résultats.

De nombreuses enquêtes d'allergologie digestive ont été pratiquées selon la méthode de Rinkel.

— 7 malades se sont aggravés, dont l'un récemment et va être opéré ; on a observé chez lui une ostéo-arthropathie hypertrophiante de Pierre-Marie, d'apparition récente.

— 5 malades sont morts d'affection autre que leur R.C.H.

— Nous avons observé un seul cas de greffe cancéreuse sur R.C.H., soit 1,3 %. Le risque de voir se Cancériser une R.C.H. semble certain (3 % environ), il est d'autant plus important que le R.C.H. évolue depuis plus longtemps.

— 4 malades ont présenté une grossesse dans le cours de leur R.C.H. L'une d'elles a été très améliorée durant tout le temps de sa gestation et son allaitement.

— 16 malades ont été opérés. On a pu opposer le pronostic fâcheux des premiers opérés et les bons résultats des opérés récents.

Cette opposition semble tenir à deux faits :

- L'indication opératoire est posée chez des malades qui n'ont pas encore atteint le stade gravissime de l'affection.

- L'amélioration des techniques chirurgicales, qui doivent comporter une colectomie avec en principe anastomose iléo-rectale en deux temps.

Le problème du devenir des lésions rectales reste donc posé, il est à l'étude dans le Service, seul le recul du temps permettra d'apporter des précisions.

Vu :

Le Doyen,
J.-F. CIER.

Vu :

Le Président de la Thèse,
M. GIRARD.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 3 Décembre 1963.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- AYLETT (S.). — Colectomie totale et anastomose iléo-rectale. traitement de choix de la colite ulcéreuse. *Acta Chir. Belg.*, 6, pp. 597-607, 1959.
- BÉRANGER. — Recto-colite hémorragique et grossesse. *Thèse Lyon*, 1963.
- BERTRAND P. — Possibilité du traitement chirurgical dans la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Gaz. Hôp.*, 129, n° 34, pp. 1229-1231, 1957.
- BERTRAND (P.), FRANCILLON (J.), GILBERTAS (A.) et GABRIELLE (C.). — Etat actuel des possibilités chirurgicales dans le traitement de la recto-colite ulcéreuse hémorragique. *Ann. Chir.*, 11, n° 13-14, pp. 949-956, 1957.
- BERTRAND (P.), MÉTAIS (B.), POUYET (M.) et LOMBARD-PLATET. — Sur le rétablissement de la continuité après colectomie totale pour recto-colite ulcéro-hémorragique. *Lyon Chir.*, 58, n° 5, pp. 681-694, sept. 1962.
- CATTAN (R.), BUCAILLE (M.), CARASSO (R.). — La recto-colite hémorragique et purulente (1 vol., 229 p., *Paris*, 1960, *Flammarion*, éd.).
- CIBERT (J.). — Le traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique. *Thèse Lyon*, 1963.
- CORNET (A.), HILLEMAND (B.). — Les colites. *Feuillets du Praticien*, p. 59, 1962.
- COSTE, GALMICHE et SORS. — Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique au cours d'une recto-colite hémorragique. *Rev. du Rhum.*, 15, p. 140, 1948.
- CRISMER (R.) et DRÈZE (Ch.). — La recto-colite ulcéro-hémorragique. Etude statistique et clinique de 120 observations. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 24, p. 476, 1961.

- DEREN (J.-J.), PORUSH (J.-G.), LEVITT (M.-F.), KHILNANI (M.-J.). — Nephrolithiasis as a complication of ulceratis colitis and regional enteritis. *Ann. Intern. Méd.*, 56, 6, pp. 843-853.
- DRAOUI-MAHFOUD (D.). — Le problème de la cancérisation de la recto-colite hémorragique et ulcéreuse. *Thèse Lyon*, 1962.
- DRAPIER (P.). — Etude critique de la recto-colite hémorragique. *Thèse Lyon*, 1957.
- DUPUY (R.), THIROLOIX (J.). — La recto-colite hémorragique. *Les Feuilles du Praticien*, 1962.
- DURET (R.). — Aspects psycho-somatiques de la recto-colite hémorragique. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 24, p. 457, 1961.
- GABRIELLE (C.). — Conception actuelle du traitement chirurgical de la recto-colite ulcéreuse et hémorragique. *Thèse Lyon*, 1957.
- GAMBINI (R.). — Contribution à l'étude du bilan actuel du traitement des recto-colites hémorragiques. *Thèse Bordeaux*, 1956.
- CARREL. — Les fausses récides de la recto-colite hémorragique. *Thèse Paris*, 1956.
- GIRARD (M.), BERTRAND (P.), POUYET (M.), CHABANON (R.), LOMBARD-PLATET. — Cancer du côlon et recto-colite hémorragique. *Sem. des Hôp.*, 37^e année, 12, pp. 11-15, 1961.
- GIRARD (M.), BEL (A.), COULOT (M.), Mme VALLON (C.), BOCHU (M.). — Les lésions cutanées au cours de la R.C.H. *Lyon Médical*, 41, pp. 609-620, 1963.
- GOLICHER (J.-C.). — Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *British Medical Journal*, 3220, pp. 151-154, 1961.
- JACOBS, ELBAUM (S.). — Quelques considérations à propos de l'étude des cas de recto-colites hémorragiques observés à l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre de Bruxelles. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 24, p. 470, 1961.

- LAMBERT. — Diététique et allergie alimentaire. *Diététique et Nutrition*, mars 1963.
- LAMBLING (A.), BONFILS (S.), TRÉMOLIÈRES (J.). — La diététique de la recto-colite hémorragique. *Sem. des Hôp.*, p. 17, 1961.
- LÉVY (E.). — L'hippocratisme digital. *Thèse Paris*, 1955.
- LINDNER (A.-E.), KING (R.-C.), BOLT (R.-J.). — Chronic ulcerative colitis. A clinical appraisal and follow up study. *Gastroenterology*, 39, 153, 1960.
- MIALARET. — *Archives Mal. Ap. Digest.*, 52, 5, pp. 465-478, 1963.
- MORVAN P. — Quelques considérations sur les différentes thérapeutiques proposées dans la recto-colite hémorragique. *Thèse Paris*, 1962.
- PATEL (J.-C.). — Traitement de la recto-colite hémorragique par colectomie et anastomose iléo-rectale. *La Presse Médicale*, 42, 71, 1963.
- RECORDIER (A.-M.). — Méthodes d'exploration en allergie alimentaire. *Revue Française de Diététique*, 13, 1, 1960.
- RINKEL (H.-J.), RANDOPH (R.-G.), ZELLER (U.). — *Food Allergy*, 1951.
- ROUX. — Indications thérapeutiques dans la recto-colite hémorragique. *C.C.M.D.H.P.*, 1962.
- SARLES (H.), DICK (M.), CHABERT (H.), AMBROSIL. — Recto-colite hémorragique et allergie alimentaire. *Arch. Mal. App. Dig.*, 48, 907, 1957.
- SARLES (H.). — Diététique et recto-colite hémorragique. *Revue Française de Diététique*, 7, 1958.
- WANGENSTEEN (O.-H.) et coll. — *Surgery*, 53, 6, pp. 705-710, 1963.
- WATKINSON (J.). — Medical managment of ulcerative colitis. *Brit. Med. Jour.*, p. 5220, 1961.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
<i>Chapitre Premier.</i> — Les états de guérison	17
<i>Chapitre II.</i> — Les améliorations	21
<i>Chapitre III.</i> — Les aggravations	31
<i>Chapitre IV.</i> — La cancérisation	37
<i>Chapitre V.</i> — Incidences éventuelles de la grossesse sur la maladie	43
<i>Chapitre VI.</i> — Les malades opérés	47
Conclusions	57
Bibliographie	59

